

Contextmapping lichaamsbeleving

Een kwalitatief onderzoek bij middelenafhankelijkheid

Katharina Bongaert en Mia Scheffers*

Psychomotorische therapie (PMT) is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag. In de psychomotorische therapie aan mensen met middelenafhankelijkheid blijkt dat de lichaamsbeleving vaak ernstig verstoord is. Patiënten kunnen hun lichaamssignalen slecht waarnemen of herkennen, ontkennen lichaamssensaties als pijn en vermoeidheid en ervaren problemen op het gebied van lichamelijke intimiteit en seksualiteit. Lichaamsbeleving is dus een belangrijk onderwerp in de behandeling. Onderzoek ter onderbouwing van de behandeling van verstoorde lichaamsbeleving ontbreekt echter. Dit artikel biedt een eerste kwalitatieve verkenning naar lichaamsbeleving via de methode contextmapping.

Inleiding

PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE, LICHAAMSBELEVING EN PSYCHOPATHOLOGIE

Psychomotorische therapie (PMT) beïnvloedt psychiatrische en/of psychosociale problematiek met behulp van interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van een veelheid aan ervaringsgerichte werkvormen, om de cliënt letterlijk en figuurlijk in beweging te laten komen en stil te laten

* K.C.P. Bongaert is master psychomotorisch therapeut bij Brijder Verslavingszorg en PsyQ Psychotrauma te Den Haag. E-mail: katharina.bongaertz@brijder.nl.

Drs. W.J. Scheffers is docent/supervisor bij de bachelor en masteropleiding Psychomotorische Therapie en lid van de kenniskring van het lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn van Hogeschool Windesheim te Zwolle; tevens is zij als promovendus verbonden aan het Rob Giel Onderzoekscentrum (RGOc), Universitair Centrum Psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Groningen.

staan bij de betekenis van interactioneel bewegingsgedrag en/of zich te laten richten op de beleving van het eigen lichaam (NVPMT, 2009). Een verstoorde lichaamsbeleving is bij diverse vormen van psychopathologie en bij veel psychosociale problematiek een belangrijk thema (Cash & Pruzinsky 2002; Probst, 1994; Scheffers, Rekkers & Bosscher, 2006). Bij eetstoornissen is dat het meest uitgebreid beschreven (Rekkers & Schoemaker, 2002). Maar ook bij depressieve stoornissen (Knapen, 2003), angststoornissen (Kampman & Keijsers, 2001), traumagerelateerde problematiek (De Ridder, 2003; Fallon & Ackard, 2002; Ogden, Minton & Pain, 2006; Scheffers, 2005; Scheffers & Schreuder, 2005) en schizofrenie (Priebe & Röhrich, 2001) wordt het lichaam negatief beleefd. Het positief beïnvloeden van lichaamsbeleving is een van de kerninterventies binnen psychomotorische therapie (Emck & Bosscher, 2004).

Bij sommige vormen van psychopathologie, zoals eetstoornissen of 'body dysmorphic disorder', is de verstoorde lichaamsbeleving een prominent symptoom van de stoornis. Bij andere vormen lijkt er ook sprake van een samenhang, maar dient de precieze aard van de verstoring van de lichaamsbeleving en de relatie hiervan met de psychopathologie nog duidelijker te worden. Dit geldt ook voor middelenafhankelijkheid. Opvallend is dat over de lichaamsbeleving van mensen met een middelenafhankelijkheid zeer weinig bekend is. De gangbare, op de klinische praktijk gebaseerde veronderstelling is dat volwassenen met middelenafhankelijkheid een zeer beperkt contact hebben met hun lichaamssignalen, deze signalen onvoldoende erkennen en veel moeite hebben om spanningssensaties te reguleren (Berkmortel, De Hoon & Jansen, 2010; Mataheru, 2008).

MIDDELENAFHANKELIJKHEID, LICHAAMSBELEVING EN PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE

Zoals gezegd, kan middelenafhankelijkheid de lichaamsbeleving beïnvloeden. Het middel zelf kan ervoor zorgen dat lichaamssensaties en lichaamssignalen minder goed worden waargenomen. Het kan de lichamelijke sensaties en emoties onderdrukken, verdoven en dempen of juist versterken en vervormen. Ook kenmerken van middelenafhankelijkheid, zoals onthoudingsverschijnselen, controleverlies, 'craving' en compulsief drugszoekgedrag, hebben veelal een specifieke lichamelijke belevings- en uitingsvorm.

In de literatuur worden verschillende aspecten van middelenafhankelijkheid genoemd waarbij de lichaamsbeleving een rol speelt en PMT in de behandeling mogelijk geïndiceerd kan zijn. Zo spreken Dom en de Wilde (2009) bij verslaving van een duale pathologie, waarbij ver-

lies van controle het kernsymptoom is. Er worden door hen verhoogde scores gerapporteerd op schalen die impulsiviteit en 'sensation seeking' in kaart brengen. Als kenmerken van impulsiviteit noemen zij onder andere een onvermogen om een onaangepaste (re)actie te onderdrukken en een onvermogen om uit te stellen. Inhibitie mechanismen die een rol spelen bij de controle over en de regulatie van het gedrag (de motorische impulscontrole) en de aandacht, staan hierbij centraal. Het in staat zijn om lichaamssensaties waar te nemen bij een motorische impuls, bijvoorbeeld toename van spierspanning en veranderingen in lichaamshouding en ademhalingspatroon, is van belang bij het kunnen reguleren van impulsiviteit en het vergroten van de zelfcontrole. Het signaleren van lichaamssensaties en deze kunnen relateren aan emoties is tevens een basiselement bij emotieregulatie en het ontwikkelen van zelfgevoel (Mehling e.a., 2009).

Bij impulscontrole is het dus van belang om spanningssignalen te registreren en op geleide hiervan te kunnen handelen (Berkmortel e.a., 2010). Dit is een belangrijke factor in het voorkomen van een impulsdoorbraak. Tevens kan middels lichaamsgerichte technieken de spanning worden verminderd. Uit recent onderzoek (Berkmortel e.a., 2010; Stupar, 2009), waarbij de PMT-module agressieregulatie bij cliënten met middelenafhankelijkheid is geëvalueerd, komt naar voren dat deze module een gunstige invloed heeft op het voorkomen van agressief gedrag.

In de psychosociale theorie van Wiers (2007) wordt gesteld dat bij verslavingsgedrag niet alleen rationele processen een rol spelen, maar dat automatische en onbewuste processen net zo belangrijk zijn. Verslaving wordt gezien als een verstoring in de balans tussen automatische en controlerende processen. Onder invloed van het verslavingsgedrag worden de automatische processen sterker en deze processen zetten aan tot verslavingsgedrag wanneer de omstandigheden dit uitlokken. Tegelijkertijd worden de controlerende processen verzwakt. Aandacht voor de lichaamsbeleving kan automatische processen van verslaving mogelijk doorbreken. Een betere waarneming van lichaamssensaties en inzicht in de signaalfunctie ervan staan aan de basis van zelfregulerend gedrag.

De aanwezigheid van comorbide stoornissen kan mogelijk leiden tot een nog grotere variëteit van problemen en bijzonderheden op het gebied van lichaamsbeleving. Zo wordt bij psychotrauma, een veel voorkomende comorbide stoornis bij verslaving, de lichaamsbeleving negatief beïnvloed. Er kan sprake zijn van chronisch verhoogde spierspanning, pijn, intense en overweldigende lichaamssensaties, bewegingsinhibitie, onvermogen om contact te maken met lichaamssensa-

ties, somatoforme dissociatieve symptomen, moeite om onderscheid te maken tussen emoties en lichaamssensaties (waarbij sensaties zoals verhoogde hartslag en trillen worden geïnterpreteerd als emotie) en het onvermogen om lichamelijke arousal te reguleren en lichaamsgrenzen te ervaren (De Ridder, 2003; Fallon & Ackard, 2002; Ogden e.a., 2006; Scheffers, 2005; Scheffers & Schreuder, 2005). Gezien het bovenstaande, lijkt nader onderzoek naar de aard en ernst van de verstoring van lichaamsbeleving bij mensen met middelenafhankelijkheid zinvol.

BEGRIPSOMSCHRIJVING

In de literatuur worden voor lichaamsbeleving verschillende definities gehanteerd (Scheffers e.a., 2006). Voor dit onderzoek zal de definitie van Probst (1997) worden gebruikt, die lichaamsbeleving opvat als een integratie van visuele en tactiele (exteroceptieve) informatie en perceptie en interpretatie van signalen die van binnen uit het lichaam komen, met subjectieve ervaringen van lichaamsfuncties (zowel affectief als emotioneel) en met ideeën en opvattingen (cognitief) over het eigen lichaam. De subdimensies van lichaamsbeleving worden in de volgende paragraaf nader toegelicht.

LITERATUURONDERZOEK

Binnen het literatuuronderzoek stond de vraag centraal wat er bekend is over de lichaamsbeleving van volwassenen met middelenafhankelijkheid. Met behulp van (een combinatie van) de zoektermen 'body awareness, body image, body experience, body perception, body sensations, alexithymia, psychomotor therapy, psychomotricity, addiction, drugs abuse, substance abuse, substance- en drugs dependence (cocaine, heroin en cannabis)' zijn de volgende databanken geraadpleegd: PsychINFO, Embase, Psychiatry, Medline, PubMed, ScienceDirect, PiCarta, Cochrane Reviews, Epsco en de Nederlandse Onderzoek Databank.

De oogst was gering: twee kwalitatieve onderzoeken beschreven de lichaamsbeleving van verslaafden (Gainotti, 1999; Wallace-Digarbo, 1995), een klinische rapportage beschreef de veranderingen in het lichaamsbeeld bij heroïneverslaafden die werden behandeld met een substitutiebehandeling van methadon (Pézous, Auby & Gence, 1996) en een kwantitatieve studie onderzocht de relatie tussen genderidentiteit en lichaamsbeeld bij verslaafde vrouwen (Weathers & Billingsley, 1982). Samenvattend komt uit deze studies naar voren dat aandacht

voor het lichaamsbewustzijn en het lichaamsbeeld en het positief beïnvloeden van deze subdimensies een rol speelt in het herstel van volwassenen met middelenaafhankelijkheid.

ONDERBOUWING VOOR EEN KWALITATIEVE ONDERZOEKSOPZET MET CONTEXTMAPPING

Aangezien er nog weinig onderzoek is gedaan naar lichaamsbeleving bij middelenaafhankelijkheid, kozen we als eerste stap voor verkennend kwalitatief onderzoek waarbij de rol en betekenis van lichaamsbeleving wordt geëxploreerd (Boeije, 2005). Het primaire doel van dit onderzoek is kennis te verkrijgen over lichaamsbeleving bij middelenaafhankelijkheid. Mogelijk kan deze kennis bijdragen aan het ontwikkelen van behandelmodulen binnen de verslavingszorg. De richtinggevende vraag voor dit onderzoek is: hoe beleven volwassenen met middelenaafhankelijkheid hun lichaam?

Traditionele onderzoeksmethoden zijn vooral verbaal en analytisch georiënteerd en daarmee mogelijk minder geschikt voor deze doelgroep. Door gebruik te maken van minder taalgeoriënteerde middelen, worden mensen in staat gesteld om te doen en te ervaren, en om zaken op een andere manier uit te drukken, waardoor later de vertaalslag naar woorden makkelijker gemaakt kan worden (Van Alphen, 2006). Contextmapping, een kwalitatieve onderzoeksmethode uit de ontwerpwereld, lijkt geschikt om verschillende dimensies van de lichaamsbeleving in kaart te brengen en het uiting geven aan de lichaamsbeleving ook op non-verbale wijze te faciliteren, zodat de alexithyme kenmerken van verslaafden omzeild kunnen worden.

Bij volwassenen met verslaving blijkt er namelijk een hoge prevalentie (43,5%) van met name de emotionele kenmerken van alexithymie (Farges, 2004) te zijn. Deze kenmerken staan voor het moeite hebben met het identificeren en beschrijven van gevoelens. Kooiman (2003) veronderstelt dat alexithyme patiënten zich in het algemeen onvoldoende realiseren dat lichamelijke sensaties de lichamelijke manifestaties van emoties zijn. In de literatuur wordt gerapporteerd over de mogelijke relatie tussen alexithymie, verslaving, andere persoonlijkheidskenmerken en/of comorbide stoornissen (Sifneos, 1996; Taylor, 1984; Thorberg, Young, Sullivan & Lyvers, 2009).

Contextmapping maakt gebruik van verschillende methoden, zoals collagetechnieken, zelfdocumentatietechnieken, interviews en observaties. Door vanuit verschillende invalshoeken data te verzamelen, ontstaat een gelaagd beeld van de ervaring. De verschillende methoden dienen dus als tools om de deelnemers te helpen uitdrukking te geven aan de verschillende aspecten van hun ervaring (SleeswijkVis-



Figuur 1 Beelden- en woordenset voor contextmapping.

ser, 2005). Voor dit onderzoek is een ervaringswerkboek ontwikkeld, met visueel uitnodigend vormgegeven opdrachten gericht op het exploreren van lichaamsbeleving. Dit ervaringswerkboek levert inspirerende informatie op uit het dagelijkse leven en maakt de participanten bekend met het onderzoeksgebied, zodat ze tijdens de individuele interviewsessie makkelijker over een vraag kunnen nadenken en hieraan verbaal expressie kunnen geven.

Methode

WERVING, SELECTIE EN KENMERKEN VAN DE ONDERZOEKSGROEP

De onderzoeksgroep bestond uit 12 volwassen cliënten (8 mannen en 4 vrouwen). De leeftijd varieerde van 25 tot 51 jaar. Bij 4 deelnemers was er sprake van alcoholafhankelijkheid, bij 1 deelnemer van cannabisafhankelijkheid en bij 7 deelnemers van afhankelijkheid van meerdere middelen (cocaïne, opiaten en alcohol). Bij 10 deelnemers was een comorbide stoornis gediagnosticeerd: bij 5 deelnemers ADHD, bij 4 deelnemers een angststoornis en bij 4 deelnemers een persoonlijkheidsstoornis.

SENSITIZING CONCEPTS

Hierna wordt nader ingegaan op de 'sensitizing concepts' die richting hebben gegeven bij de analyse. Deze 'sensitizing concepts' zijn afkomstig uit de kwalitatieve onderzoekstraditie en worden ook wel richtinggevende begrippen of oriëntatiebegrippen genoemd. Zij geven aan 'what to look for and where to look' (Ritzer, 1992). De 'sensitizing concepts' uit de literatuur die een rol speelden bij de analyse zijn verschillende subdimensies van lichaamsbeleving: lichaamsbewustzijn, lichaamswaardering en lichaamsattitude. Lichaamswaardering is de cognitieve evaluatie van het eigen lichaam, waarbij het gaat om positieve en negatieve beoordelingen ten aanzien van bepaalde lichaamsdelen en functies of het gehele lichaam en het al of niet kunnen relateren van deze evaluaties (Emck e.a., 2007).

Lichaamsbewustzijn wordt opgevat als het bewust zijn van de grenzen van het eigen lichaam, de positie van de eigen ledematen, de lichaamssensaties en de subjectieve, gevoelsmatige ervaring van het eigen lichaam. Het voelen, herkennen en differentiëren van lichamelijke sensaties in relatie tot gevoelens en emoties worden hier ook onder gerekend (Emck e.a., 2007). Lichaamsattitude ten slotte betreft de cognitieve en affectieve evaluatie van het lichaam, alsmede de consequenties hiervan voor het gedrag (Scheffers e.a., 2006).

ONDERZOEKSPROCEDURE EN GEGEVENSVERZAMELING

Binnen het onderzoek zijn de volgende stappen genomen: sensibiliseren van de participant, individuele sessie, analyse en communicatie. Het sensibiliseren is een proces waarbij de participanten in hun eigen tijd en omgeving worden getriggerd, aangemoedigd en gemotiveerd om stil te staan bij en te reflecteren op hun lichaamsbeleving (SleeswijkVisser, 2009; Stappers, 2003). Om het sensibiliseren te faciliteren

Jouw Lichaam

Zou je jouw lichaam kunnen introduceren door een schets te maken of een foto op te plakken?

Wat vind je leuk van jezelf?

Haar, ogen, neus, onderarmen, handen, knieën

Wat vind je minder mooi?

Ogen, billen, borsten, benen

Wat veel je als je naar je foto's schijnt te kijken?

Ik kan niet rekenen, het hoofd is veel te klein! Vondt toch wel leukdegen. (missie over de tekening dan over mijn lichaam)

Stel je voor dat je jezelf voor het eerst zou zien. Wat zie je dan?

Een beetje een 'fous' meisje met een leuk gezicht, mooi haar en mooie ogen.

Waar let je altijd als eerste op als je naar een foto van jezelf kijkt?

Mijn gezicht en hoe 'dik' er ik eruit zie.

gemaakte foto

Body Tijdslijn

Ik wil je vragen een tijd te houden en in te vullen op de tijdslijn wat je vandaag op lichamenlijke gebied veel ervaart, denkt, onderneemt, voelt en hoe je je verzorgt. Eenik lichaamslijke activiteiten, lichaamslijke contact - anderen, gedachten over je lichaam en lichaamssensaties.

Links (6:00):

- al bed vroeg wakker
- Nieuw de wijk
- CROQ
- doffert uit bed

Rechts (12:00):

- opnieuw dat ik niet wil
- douchen en wassen
- wachten
- wil geen drank
- steeg naar hup
- dineren, dan heb
- dag, playpen
- wacht
- wil niet (niet)
- plan om te
- wilt in 10 min
- niet dat de post in
- geen
- diner, de nacht
- niet het
- toet het
- niet

Emotions: Smiley faces (happy) and frowny faces (sad) are placed along the timeline to indicate feelings.

Figuur 3 De opdracht 'Body tijdslijn' die gericht is op het onderzoeken van alle aspecten van lichaamsbeleving gedurende een dag.



Figuur 4 De opdracht 'Body paspoort' die gericht is op het sensibiliseren van de subdimensies lichaamsbewustzijn en lichaamswaardering bij de participanten.

Tijdens de individuele sessie is de participant gevraagd een collage te maken, met als centrale vraag: 'Gebruik de verschillende collagematerialen om uiting te geven aan hoe je je lichaam beleeft.' Aan de hand van de collageopdracht en de gegevens uit het ervaringsdagboek is vervolgens een semi-gestructureerd interview van een uur gehouden. Door gebruik te maken van triangulatie van methoden - in dit geval het ervaringsdagboek, de collage en het semi-gestructureerd interview - zijn vanuit verschillende invalshoeken gegevens verzameld en ontstond een gelaagd beeld van de lichaamsbeleving.

TRANSCRIPTIE VAN RUWE GEGEVENS EN DATA ANALYSE

Met de gefundeerde theoriebenadering voor analyse (Corbin & Strauss, 1990) zijn de data bestudeerd om hierin structuren te ontdekken. Deze benadering bestaat uit een vierfasenstructuur om de generatieve data te analyseren (SleeswijkVisser, 2005):

- Fase 1 en 2. Eerste impressies, inzichten en transcriptie. Alle eerste impressies en inzichten zijn op een voor derden inzichtelijke manier gedocumenteerd. De collage en de interviews zijn op video en op audio opgenomen en de data op audio zijn verbatim getranscribeerd. (Voor voorbeelden van ruwe datagegevens zie 'Resultaten').

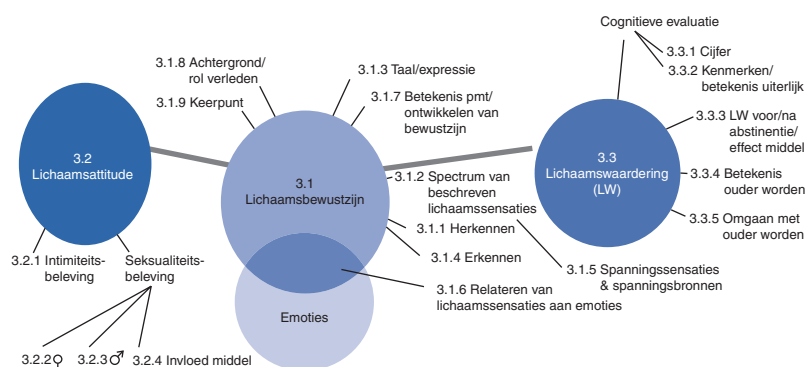
- Fase 3. Omschrijven en afbakenen van begrippen, vinden van patronen en creëren van een ‘overall view’. De twaalf interviews zijn gecodeerd, waarna een codeboom is ontstaan met zo’n vijftig beschrijvende codes en een tweede codeboom waarin de interpreterende codes verwerkt zijn. Deze codes zijn geclusterd, waardoor er naast de bestaande hoofdcodes (de ‘sensitizing concepts’) nieuwe categorieën zichtbaar werden, zoals emoties, keerpunt op het gebied van lichaamsbeleving en betekenis van psychomotorische therapie. Vervolgens zijn alle interviews aan de hand van de categorieën en ‘sensitizing concepts’ per participant op A1-vellen gerangschikt. Van de twaalf vellen op A1-formaat is vervolgens van elke deelnemer per concept en categorie een kernprofiel op A4-formaat gemaakt, om het vinden van patronen te vergemakkelijken bij de fase van het selectief coderen.
- Fase 4. Presentatie. De resultaten zijn in een verslag en op posters vastgelegd.

Resultaten

De informatie uit de twaalf interviews is beschreven aan de hand van de categorieën die zijn gebaseerd op de ‘sensitizing concepts’: lichaamsbewustzijn, lichaamswaardering en lichaamsattitude. Bij de hoofdcategorie lichaamsbewustzijn zijn alle categorieën en subcategorieën ondergebracht die verbonden zijn met het ervaren en expressie geven aan lichaamssensaties, het ontwikkelen van bewustzijn van lichaamssensaties, veranderingen of een keerpunt met betrekking tot lichaamssensaties en de rol van het verleden in relatie tot het ervaren van lichaamssensaties. Vanuit de clustering van categorieën werden verschillende themagebieden zichtbaar. Figuur 5 geeft een overzicht van alle ‘sensitizing concepts’ waarover informatie is verzameld. In het kader van dit artikel is het niet mogelijk de categorieën en subcategorieën uitgebreid te beschrijven. In de discussie worden enkele citaten uit de interviews aangehaald.

Discussie

Allereerst worden in deze paragraaf de belangrijkste bevindingen per categorie toegelicht en geïnterpreteerd. Vervolgens wordt de methode contextmapping geëvalueerd op bruikbaarheid binnen kwalitatief onderzoek naar psychomotorische therapie. Ten slotte worden implicaties voor de behandelpraktijk besproken en doen wij een aantal suggesties voor vervolgonderzoek.



Figuur 5 Schema van alle categorieën en subcategorieën waarover informatie verzameld is.

BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN PER CATEGORIE

Lichaamsbewustzijn. Het lichaam werd door een meerderheid van de deelnemers, met name voor opname in een behandelsetting, instrumenteel ingezet en ervaren. Lichaamssensaties zoals pijn en vermoeidheid worden veelal ontkend en lichamelijke sensaties worden vaak niet gerelateerd aan emoties. Deelnemer Ricardo zegt hierover: 'Het door mijn grenzen heengaan, het niet willen toegeven aan mijn grenzen. Ik ben in het verleden vaak over mijn grenzen heengegaan. En als ik terugkijk op die periode, dan heb ik toch wel zoiets van: het kan ooit eens mijn dood worden. Ik ben dan geneigd om door te trappen. Soms tot ik ga zweten, verzuring krijg en eventueel gescheurde spieren aan toe.' Het lichaamsbewustzijn blijkt dus voorafgaand aan opname in een klinische behandelsetting slecht tot matig ontwikkeld te zijn. Zoals deelnemer Marc het beschrijft: 'Ik was zo verstrooid dat ik mijn lichaam al die jaren niet heb gekend. Het lijkt wel of ik uit een ei kom.'

Bij de subcategorie spectrum van lichaamssensaties kan de onderzoekspopulatie in twee categorieën worden ingedeeld: een groep van vijf deelnemers die lichaamssensaties veelal bewust waarneemt en op een gedetailleerd niveau beschrijft en een groep van zeven deelnemers die zich nauwelijks bewust is van lichaamssensaties zoals honger, pijn en vermoeidheid en veel moeite heeft om woorden te vinden om zich gevoelsmatig uit te drukken. Aan emoties gerelateerde lichaamssensaties worden door een meerderheid van de deelnemers niet waargenomen of niet met emoties in verband gebracht. Vaak wordt er zonder belevingsaspecten en op een rationele manier over emoties gesproken. Aan boosheid verbonden spanningssensaties worden onderdrukt en

ontkend of op een destructieve manier ontladen. Als er sprake was van een impulsdoorbraak, blijkt er weinig zicht te zijn geweest op spanningsopbouw.

Deze resultaten sluiten aan bij de bevindingen van Farges (2004) die een hoge prevalentie (43,5%) vond van vooral emotionele alexithyme kenmerken bij drugsverslaafden, zoals het beschrijven en identificeren van gevoelens. De bevindingen ondersteunen tevens de veronderstelling van Kooiman (2003) dat alexithyme patiënten zich in het algemeen onvoldoende realiseren dat lichamelijke sensaties de lichamelijke manifestaties van emoties kunnen zijn. Ook de deelnemers met comorbide angststoornissen blijken, ondanks hun gerapporteerde hoge angstniveau en ervaren spanningssensaties, actief te zoeken naar spanningsverhogende prikkels. Dit sluit aan bij bevindingen van Dom en De Wilde (2009), die rapporteren dat verhoogde scores op schalen die impulsiviteit en 'sensation seeking' in kaart brengen een constante bevinding zijn bij diverse groepen drugsgebruikers.

De meeste deelnemers geven aan dat het contact met hun lichaam sinds hun abstinentie is toegenomen en er meer bewustzijn en erkenning is ontstaan met betrekking tot lichaamssensaties. Psychomotorische therapie blijkt door alle patiënten die deelnamen aan een klinisch en/of ambulant PMT-traject als ondersteunend te zijn ervaren bij het ontwikkelen van meer lichaamsbewustzijn, het verbinden van lichaamssensaties aan emoties, het leren reguleren van spanning en emoties en het ontwikkelen van meer zelfcontrole.

Lichaamswaardering. De deelnemers aan dit onderzoek waarden hun lichaam gemiddeld met een voldoende (op een schaal van 1 tot 10). Deelnemers die langer abstinente zijn, blijken in het algemeen een hogere lichaamswaardering te hebben. De mannelijke deelnemers waarden hun lichaam gemiddeld met een hoger cijfer dan de vrouwelijke deelnemers. Dit resultaat komt overeen met de studie van Basten en Dorhout (2006), waarin naar voren komt dat vrouwen een lagere lichaamswaardering hebben dan mannen. Jan behoort tot de minder tevreden mannelijke deelnemers: 'Ik heb het een hele tijd verwaarloosd. Ja, lichamelijke verzorging ... Ik douchte bijvoorbeeld een keer in de drie dagen. Heb me gewoon te makkelijk dik laten worden met vreten en zuipen en alles, weet je wel. Ik geef me een vijf ... omdat ik een hoop verziekt heb. Gewoon geestelijk en lichamenlijk.'

Lichaamsattitude. Lichamenlijk contact met anderen wordt door veel deelnemers afgehouden en als spanningsvol ervaren, terwijl een verlangen naar intimiteit toch duidelijk aanwezig is. Mick licht toe: 'Ik sla

ook geen arm om iemand heen. Knuffelen, dat vind ik moeilijk of zo. Ik ben het niet gewend, maar ik voel wel vaak de behoefte. Ik ben daarin geremd. Maar als ik diep in mijn hart kijk ... dan zou ik best wel een knuffel willen. Maar in het begin van een relatie, dan ben ik een soort plank.' Voor alle deelnemende vrouwen en verscheidene mannen blijkt seksualiteit, ook na hun abstinentie, om diverse redenen als problematisch te worden beschouwd. De bevindingen uit deze categorie indiceren het belang van aandacht voor deze subdimensie binnen de psychomotorische diagnostiek en behandeling.

EVALUATIE VAN DE METHODE CONTEXTMAPPING

De deelnemers hebben de speelse opzet van het ervaringswerkboek als uitnodigend ervaren. Ze raakten hierdoor geïnspireerd en gemotiveerd om stil te staan bij hun lichaamsbeleving. Het maken van een collage bleek veel deelnemers houvast te bieden en structuur te geven bij het vertellen over lichaamsbeleving. De beelden hielpen de deelnemers om in contact te komen met hun gevoelswereld. Bij de deelnemers die moeite hadden om zich verbaal uit te drukken en woorden te vinden om uitdrukking te geven aan hun gevoelens, fungeerden de beelden als intermediair bij het creëren van taal met betrekking tot beleving. Concluderend kan gesteld worden dat deze methode geschikt lijkt voor het exploreren van lichaamsbeleving bij patiënten met middelenafhankelijkheid. Via de methode contextmapping wordt meer zicht verkregen op de rol die lichaamsbeleving speelt in relatie tot verslaving en op de relatieve verstooring van de verschillende subdimensies van lichaamsbeleving bij deze stoornis. Deze informatie kan richtinggevend zijn bij het indiceren van patiënten voor PMT-modulen zoals spanning- en emotieregulatie en impulscontrole.

IMPLICATIES VOOR DE BEHANDELPRAKTIJK EN AANBEVELINGEN VOOR VERVOLGONDERZOEK

Door de relatief kleine onderzoeksgroep zijn de bevindingen van deze studie beperkt en niet representatief voor de gehele populatie van volwassenen met middelenafhankelijkheid. De verkregen data geven echter wel een goed beeld van een onderbelicht thema binnen de verslavingszorg: de lichaamsbeleving.

Op basis van de bevindingen lijkt aandacht voor de subdimensies lichaamsbewustzijn, lichaamswaardering en lichaamsattitude bij de behandeling van volwassenen met middelenafhankelijkheid geïndiceerd. De bevindingen van dit verkennende onderzoek geven tevens aanleiding om in een mogelijk vervolgonderzoek bij een grotere onderzoekspopulatie de subdimensies lichaamsbewustzijn en lichaams-

attitude nader te onderzoeken met behulp van zelfrapportagelijsten, zoals de Somatic Awareness Questionnaire (SAQ; Gijsbers van Wijk & Kolk, 1996) en de Dresdner Körperbild-Fragebogen (DKB-35; Pöhlmann, Thiel & Joraschky, 2008).

Het aandeel van psychomotorische therapie binnen het behandel aanbod van de verslavingszorg is momenteel nog beperkt, zeker wanneer men dit vergelijkt met het aanbod in de volwassenen- en forensische psychiatrie. Mogelijk leveren de resultaten van dit onderzoek en de suggesties met betrekking tot het behandel aanbod een positieve bijdrage aan de verdere ontwikkeling en implementatie van psychomotorische therapie binnen de verslavingszorg.

Literatuur

- Alphen, F. van (2006). *Innovation probes*. (Proefschrift.) Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Basten, M.G.J., & Dorhout, M. (2006). *De Body-Cathexis Schaal; betrouwbaarheid, validiteit, dimensionaliteit en normering*. (Onderzoeksverslag.) Amsterdam: Vrije Universiteit, Faculteit der Bewegingswetenschappen.
- Berkmortel, M.A.H. van den, Hoon, K. de, & Jansen, G. (2010). Agressieregulatie in de verslavingszorg. In J. de Lange (red.), *Psychomotorische therapie. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de GGZ* (pp. 35-51). Amsterdam: Boom.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom.
- Cash, T.F., & Pruzinsky, T. (2002). *Body image. A handbook of theory, research and clinical practice*. New York/London: The Guilford Press.
- Corbin, J., & Strauss, A.L. (1990). *Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- Dom, G., & Wilde, B. de (2009). Controleverlies. In I. Franken & W. van den Brink (red.), *Handboek verslaving* (pp. 210-220). Utrecht: De Tijdstroom.
- Emck, C., & Bosscher, R.J. (2004). Psychomotorische interventies: bewegingservaring op maat. In G. Pool e.a. (red.), *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen* (pp. 368-385). Assen: Van Gorcum.
- Emck, C., Hammink, M.N., & Bosscher, R.J. (2007). *Psymot*. Utrecht: 't Web.
- Emmelkamp, P., & Vedel, E. (2006). *Alcohol- en drugsverslaving*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Fallon, P., & Ackard, D.M. (2002). Sexual abuse and body image. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image. A handbook of theory, research and clinical practice* (pp. 117-124). New York/London: The Guilford Press.
- Farges, S. (2004). Alexithymia, depression and drug addiction. *L'Encephale*, 30, 201-211.
- Gainotti, M.A. (1999). Body image and drug addiction. *Perceptual and Motor Skills*, 88, 21-22.
- Gijsbers van Wijk, C.M.T., & Kolk, A.M. (1996). Psychometric evaluation of symptom perception related measures. *Personality and Individual Differences*, 20, 55-70.
- Kampman, M., & Keijsers, G.P.J. (2001). *Cognitieve gedragstherapie. Behandelprotocol bij angst en paniek*. Zeist: Liko.

- Knapen, J. (2003). *Physical fitness and physical selfconcept in non-psychotic psychiatric patients*. (Dissertatie). Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Kooiman, C.G. (2003). *Alexithymia. Childhood risk factors and unexplained physical symptoms*. (Proefschrift). Leiden: LUMC.
- Mataheru, A. (2008). Psychomotorische therapie in de verslavingszorg. *Verslaving*, 4, 67-74.
- Mehling, W.E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C.J., Hecht, F.M., e.a. (2009). Body awareness: Construct and self-report measures. *PLoS ONE* 4 (5): e5614. doi:10.1371/journal.pone.0005614.
- Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (2009). *Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut*. Utrecht: NVPMT.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body. A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Norton.
- Pézous, A.M., Auby, P., & Gence, S. (1996). Modification de l'image du corps et évolution de la dépendance psychique chez les toxicomanes. *Annales Médico-Psychologiques*, 154, 57-59.
- Pöhlmann, K., Thiel, P., & Joraschky, P. (2008). Entwicklung und Validierung des Dresdner Körperbildfragebogens (DKB-35). In P. Joraschky, H. Lausberg & K. Pöhlmann (Hrsg.), *Körperorientierte Diagnostik und Psychotherapie bei Patientinnen mit Essstörungen* (pp. 57-72). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Priebe, S., & Röhricht, F. (2001). Specific body image pathology in acute schizophrenia. *Psychiatry Research*, 101, 289-301.
- Probst, M. (1994). Het menselijk lichaam in de psychiatrie: problematiek in beweging. In D. de Brauwier & L. Konsten (red.), *Relationele lichaamsbeelden* (pp. 27-44). Leuven: Acco.
- Probst, M. (1997). *Body experience in eating disorder patients*. Kortenbergh: Universitair centrum Sint-Jozef.
- Rekkers, M.E. & Schoemaker, E. (2002). *Gewichtige lichamen. Lichaamsbeleving en eetstoornissen*. Leuven: Acco.
- Ridder, K. de (2003). Lichaamsgerichte therapie na seksueel misbruik. In N. Nicolai (red.), *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik* (pp. 217-231). Utrecht: De Tijdstroom.
- Ritzer, G. (1992). *Metatheorizing*. Newbury Park, CA: Sage.
- Scheffers, W.J. (2005). Trauma, lichaam en seksualiteit. Het gebruik van lichaamsstekeningen in de psychomotorische therapie. In J. de Lange & R. Bosscher (red.), *Psychomotorische therapie in de praktijk* (pp. 121-140). Nijmegen: Cure & Care.
- Scheffers, W.J., & Schreuder, B.J.N. (2005). Seksespecifieke hulpverlening bij seksueel geweld: de focale mannengroep. In J. de Lange (red.), *Een vak apart. Artikelen over psychomotorische therapie* (pp. 217-235). Utrecht: 't Web.
- Scheffers, W.J., Rekkers, M., & Bosscher, R.J. (2006). Hoe meet ik lichaamsbeleving? *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 4, 21-29.
- Sifneos, E. (1996). Alexithymia: Past and present. *American Journal of Psychiatry*, 153, 137-142.
- SleeswijkVisser, F. (2009). *Bringing the everyday life of people into design*. (Proefschrift.) Delft: De Nieuwe Grafische.
- SleeswijkVisser, F., Stappers, P.J., Lugt, R. van der, & Sanders, E.B.N. (2005). Contextmapping: Experiences from practice. *Co Design: International Journal of Co Creation in Design and Arts*, 1, 119-149.

- Stappers, E.B.N., & Sanders, P.J. (2003). Generative tools for contextmapping: Tuning the tools. Third International conference on design and emotion, 1-3 juli 2002. Loughborough: Taylor & Francis.
- Stupar, S. (2009). *Evaluation of the aggression regulation module for patients with addictive disorder*. (Masterthesis.) Maastricht: Maastricht University, Faculty of Health Sciences.
- Taylor, G., Parker, J., & Bagby, M. (1990). A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1228-1230.
- Thorberg, F.A., Young, R.M., Sullivan, K.A., & Lyvers, M. (2009). Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. *Addictive Behaviors*, 34, 237-245.
- Wallace-Digarbo, A. (1995). *Addiction, art and woman's body: A heuristic inquiry into three addicted woman's body image composition*. Dissertation Abstract International: The Science and Engineering, 55, 4617.
- Weathers, C., & Billingsley, D. (1982). Body Image and sex-role stereotype as features of addiction in woman. *International Journal of the Addictions*, 17, 343-347.
- Wiers, R.W. (2007). *Slaaf van het onbewuste. Over emotie, bewustzijn en verslaving*. Amsterdam: Bert Bakker.